

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 171.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 2 *août* 1842,

Par J.-M.-EDMOND COMIN,

né à Sos (Lot-et-Garonne),

Interne de Saint-Lazare, ancien Interne de l'hôpital Saint-Louis, de l'hôpital Beaujon,
Membre de la Société anatomique.

I. — Du cancer des lèvres. Quels en sont les conséquences et le traitement?

II. — Des résistances qu'ont à vaincre les organes qui président à la circulation du sang.

III. — De la boulimie.

IV. — Des amers fournis par la famille des synanthérées; traiter de leur emploi pharmaceutique.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)



PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1842

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MES PARENTS.

J.-M.-E. COMIN.

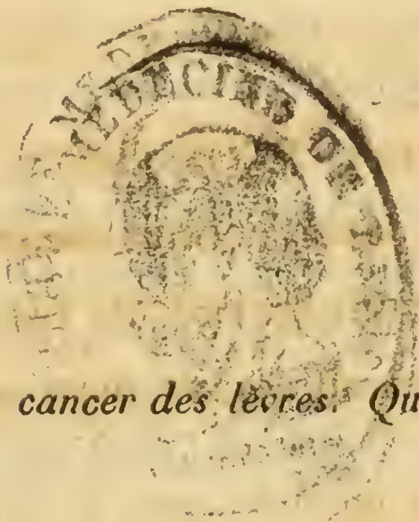
Je prie MM. Andral, Piédagnel, P. Boyer, Martin Solon et Puche, de recevoir l'expression de ma vive reconnaissance pour les excellentes leçons et tous les témoignages de bienveillance que j'ai reçus d'eux pendant mon séjour dans les hôpitaux.

J.-M.-E. COMIN.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.



I.

Du cancer des lèvres. Quels en sont les conséquences et le traitement?

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Les *lèvres* sont deux voiles mobiles, extensibles, contractiles, qui circonscrivent l'ouverture antérieure de la cavité buccale. Les *formes* en sont si apparentes, qu'il faut toujours tenter de les conserver quand on pratique sur elles quelque opération, et d'abord, il faut tenir compte de leur épaisseur, de leur direction; la lèvre inférieure est un peu plus épaisse que la supérieure; le bord libre de chacune d'elles est renversé en avant, et recouvert d'une membrane rosée : une lisière sinueuse, ferme au toucher, toujours vivement éclairée, marque, tout le long de ces organes, l'endroit où leur bord rouge s'unit avec la peau, sur laquelle il tranche par le contraste de sa couleur. Une saillie médiane existe au bord libre de la lèvre supérieure, une dépression correspondante à la lèvre inférieure. De la cloison des fosses nasales part une gouttière, plus ou moins large, plus ou moins profonde, qui parcourt, dans toute sa hauteur, la partie moyenne de la

face cutanée de la lèvre supérieure. Chez le vieillard, les lèvres n'étant plus soutenues par les arcades dentaires, leur bord libre rentre en dedans et s'efface.

La *structure* des lèvres est très-complexe, mais les éléments qui les composent sont si intimement unis, qu'ils forment une masse parfaitement homogène. La peau des lèvres est recouverte, chez l'adulte, de poils dont la direction et l'abondance peuvent ne pas être sans influence dans le choix de certains procédés opératoires; elle est très-fine, et unie à la couche musculaire par un tissu cellulaire tellement ténu, qu'on peut à peine en constater l'existence. Le muscle orbiculaire forme, à proprement parler, la charpente des lèvres, qui lui doivent une très-grande partie de leur épaisseur: il est formé de fibres extrêmement serrées; aux divers points de sa circonférence viennent aboutir la plupart des muscles de la face. Il est uni à la muqueuse au moyen d'une couche mince de tissu cellulaire lamelleux; dans l'intervalle sont situées les glandules labiales, plus nombreuses à la lèvre inférieure qu'à la supérieure. La muqueuse est assez épaisse, et son peu d'adhérence permet de la séparer avec assez de facilité. Toutes ces parties sont parcourues par un réseau vasculaire très-abondant; deux artères, les coronaires, fournies par la faciale, s'y distribuent; les veines sont plus nombreuses et plus grosses; les lymphatiques vont se rendre dans les ganglions sous-maxillaires; on y trouve, en grand nombre, des nerfs de mouvement et de sentiment.

Les *usages* des lèvres sont nombreux et importants : elles contribuent, par leurs mouvements, au jeu de la physionomie et des passions; elles sont des instruments souvent essentiels de la parole; elles retiennent dans la bouche la salive et les substances alimentaires: cette dernière attribution est même la plus importante, puisque, sans elle, la nutrition, et, partant, la vie de l'individu, pourrait être compromise. La connaissance de l'état organique des lèvres n'était pas sans importance : leur grande mobilité et leur souplesse nous expliquent la possibilité de la réunion après de grandes pertes de substance; leur texture, presque homogène, nous rend compte de la facilité de l'ag-

glutination : l'épaisseur et le peu d'adhérence de leur membrane muqueuse nous conduit à la conserver, et à imiter, en la réunissant à la peau d'une lèvre de nouvelle formation, le bord rosé cutanéo-muqueux qui existe à l'état normal ; enfin, de leur richesse musculaire résultent la variété de leurs mouvements et la difficulté de remplacer une lèvre normale dans ses usages, comme on la remplace dans ses formes.

Causes du cancer des lèvres.

Les lèvres peuvent être regardées comme une des parties du corps les plus sujettes aux affections cancéreuses. La lèvre inférieure est beaucoup plus souvent affectée que la supérieure. Le docteur Gault dit avoir constaté, à la clinique de Desault, qu'on observe cinquante fois le cancer à la lèvre inférieure pour une fois à la supérieure (thèse, 1805, nº 389), et cette appréciation paraît parfaitement fondée. Sans s'expliquer sur la fréquence relative du cancer à l'une et à l'autre lèvre, tous les auteurs sont unanimes à regarder comme fort rare le cancer de la lèvre supérieure.

« J'ignore, dit Sabatier (*Méd. opér.*, t. 3), si le cancer occupe quelquefois la lèvre supérieure, mais je ne l'ai rencontré qu'à l'inférieure, et un fort petit nombre de fois à leurs commissures. »

Camper, Chopart et Desault, Portal, Boyer, expriment une opinion analogue.

Les hommes y sont beaucoup plus sujets que les femmes : « Sur le très-grand nombre de personnes affectées de cancer des lèvres, qui ont été traitées à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant mon séjour à cet hôpital, dit M. Gault, j'ai remarqué que cette maladie était beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, dans la proportion de un à vingt ou trente » (*loc. cit.*). Ce fait est encore reconnu par tous les auteurs.

Les enfants en sont très-rarement affectés, ou jamais. Le maximum de fréquence du cancer des lèvres m'a paru être de quarante à cin-

quante-cinq ans, d'après le relevé d'un grand nombre d'observations : on le rencontre à peine chez les jeunes gens.

Les personnes les plus exposées aux affections cancéreuses des lèvres sont celles d'un tempérament bilieux, bilioso-sanguin, ou même lymphatique (Gault). Il n'est pas rare néanmoins d'observer cette espèce de cancer chez des individus à tempérament sanguin, et doués de la constitution la plus vigoureuse.

Le cancer des lèvres ne survient presque jamais chez les personnes qui vivent dans l'aisance, et qui ne négligent pas entièrement les soins de propreté ; il est commun chez les cultivateurs, surtout chez ceux qui, à cause de la nature de leurs occupations, ont presque toujours les mains malpropres, tels que les rouliers, les maçons, etc. : chez un malade, berger du département de l'Aveyron, opéré par M. Serre, le cancer a été rapporté à la cohabitation avec le troupeau (*Gazette des hop.*, 14ᵉ année, t. 3, n. 29).

Lassus rapporte qu'un homme, dont la profession consistait à engraisser de la volaille, en soufflant tous les jours des grains dans le bec de ces animaux, fut attaqué d'un ulcère rebelle à la lèvre inférieure, qui, dans cet exercice, était continuellement mordue au même endroit (*Path. chirurg.*, t. 1, p. 457). M. Capuron m'a affirmé avoir fait la même remarque chez des personnes qui engraissent des pigeons à la Vallée.

Les climats et l'habitation ne sont pas sans influence sur la production de la maladie qui nous occupe : M. Burin a noté, dans sa thèse (Montpellier, 1836), que la plupart des malades entrés à l'hôpital Saint-Éloi, pour des cancers des lèvres, habitaient les départements de la Lozère, de l'Ardèche, de l'Aveyron : malpropreté, misère, humidité, travail ingrat et pénible, là, tout se trouve réuni pour altérer profondément la santé de ces malheureux.

On s'accorde généralement à reconnaître que les individus qui ont été déjà affectés de maladies vénériennes, ou de maladies cutanées, sont plus exposés que d'autres à être pris de cancer des lèvres ; il n'est pas rare cependant, c'est peut-être même le cas le plus commun,

de voir cette espèce de cancer se montrer chez des personnes qui avaient joui jusqu'alors de la santé la plus parfaite.

On a vu la mentagre mal traitée, des ulcérations syphilitiques méconnues, dégénérer en cancer ; on a vu l'ostéosarcôme de la mâchoire gagner les parties molles ; mais le cancer des lèvres survient fort rarement chez des personnes portant déjà une affection cancéreuse dans une région éloignée.

Parmi les causes déterminantes du cancer des lèvres, on cite l'*inflammation catarrhale* de ces parties : cette inflammation est très-commune ; elle s'accompagne de desquamation de l'épiderme, et de fente du tissu des lèvres ; innocentes chez la plupart des sujets, ces gerçures acquièrent bientôt, chez les individus prédisposés, un mauvais caractère.

Les *irritations diverses* longtemps continuées : ainsi l'habitude de fumer, surtout avec ces pipes à court tuyau, qu'on a décorées du surnom si expressif de *brûle-gueule;* la lèvre, souvent échauffée, humectée par un suc âcre et brûlant, est bientôt le siége d'une fluxion locale, d'abord suivie d'engorgement, puis de squirrhe, et enfin d'ulcération qui passe à l'état cancéreux (J.-N. Roux). Cela paraît bien rationnel, et je doute néanmoins que les faits viennent suffisamment à l'appui de cette opinion. Je sais que bien souvent le cancer s'est montré à l'endroit même où le fumeur avait l'habitude d'appuyer le tuyau de sa pipe ; mais, chez beaucoup d'autres, le cancer s'est développé à une distance plus ou moins considérable ; puis le cancer n'est pas rare chez des paysans qui n'ont fumé de leur vie, et, dans les grandes villes, dans les régiments, où l'usage de la pipe est si répandu, on ne voit pas plus de cancers qu'ailleurs. J. Franck attribue à l'usage du cigare une influence encore plus pernicieuse : je dois avouer que ses appréhensions me paraissent peu justifiées.

Les *petites morsures* des lèvres, les *coups* portés sur ces parties, donnent quelquefois lieu au développement du cancer : c'est sans doute à la première cause qu'il faut attribuer l'origine de la maladie dans un

cas de cancer *anthracine* rapporté par Alibert, d'après Jurine. M. Rouzet cite aussi une observation de cancer de la lèvre supérieure, qui paraît s'être développé à la suite d'un coup porté sur cette partie.

Le cancer des lèvres n'est pas *contagieux*, pas plus que celui des autres régions : des expériences récentes, et dont le résultat négatif a été communiqué à l'Académie des sciences, sont venues confirmer à cet égard les opinions reçues. Heister avait déjà écrit à cet égard (t. 1, p. 336, in-4°) : « Quidam carcinoma contagiosum credunt (Hilda-« nus, Tulpius, etc.), quod ego tamen adhuc nondum observavi, licet « plures ejusmodi ægros viderim et tractaverim. »

Symptômes.

Le cancer des lèvres peut être superficiel ou profond : dans le premier cas, c'est un bouton, un ulcère cancéreux ; dans le second, c'est une tumeur.

Quand le mal débute par une *tumeur*, il affecte tous les signes d'une bénignité insidieuse : la tumeur est placée dans l'épaisseur de la lèvre, ou immédiatement au-dessous du bord rosé ; quand elle est ainsi sous-muqueuse, on constate d'abord une tuméfaction circonscrite avec induration, et sans altération de la peau ou du bord rosé ; bientôt la surface cutanéo-muqueuse devient adhérente, se rétracte, se déprime en godet sur la tumeur, comme si le tissu cellulaire sous-cutané était détruit : les choses restent plus ou moins longtemps dans cet état ; puis des douleurs viennent parcourir la lèvre comme des éclairs, d'abord à de rares intervalles, puis à des époques plus rapprochées ; il s'établit dans le centre de la tumeur une espèce de suppuration, et la surface interne s'ulcère. Dans quelques cas, on a vu la tumeur se fendiller dès les premiers jours, et donner lieu à des hémorrhagies plus ou moins considérables ; les douleurs lancinantes et le travail d'ulcération sont alors beaucoup plus rapides.

Lorsque l'affection débute dans la profondeur de la lèvre, on sent dans l'épaisseur de l'organe un noyau plus ou moins dur, plus ou

moins mobile, qui augmente chaque jour de volume; quelquefois la lèvre tout entière semble transformée dans une partie plus ou moins étendue : elle est dure, la peau est rougeâtre, comme érysipélateuse; le malade n'éprouve, dans le principe, qu'une gêne plus ou moins considérable, et des démangeaisons assez vives; tôt ou tard il s'y joint un picotement et quelques douleurs lancinantes. La tumeur prend de l'accroissement, la lèvre s'indure, si elle était restée intacte; elle change sa couleur propre en une autre rouge ou violacée, qu'on a regardée comme caractéristique; les vaisseaux de la circonférence se tuméfient, deviennent variqueux; les douleurs, de plus en plus vives, finissent par être continues; enfin la muqueuse se rompt çà et là, plus souvent sur le bord rosé, quelquefois à la face interne de la lèvre; très-rarement la surface cutanée est compromise. Il se forme un ulcère à large base, à bords ratatinés et durs, qui fait des progrès incessants. Cette destruction des téguments est due tantôt à une sorte de pression excentrique; tantôt, de la surface de la tumeur, une fongosité s'élève, végète rapidement, s'accole à une fongosité voisine, et forme peu à peu une surface cancéreuse.

L'*ulcère* cancéreux des lèvres est rarement primitif; c'est ordinairement par un petit bouton rougeâtre qu'il prend naissance : le bouton, d'abord peu proéminent, quelquefois surmonté d'une vésicule, provoque une démangeaison assez vive qui engage le malade à y porter à chaque instant la main, ou à le ronger avec les dents : il s'irrite, s'écorche, la petite fissure se cicatrise une ou deux fois, le bouton prend la forme et le volume d'un pois; écorché de nouveau, il laisse à sa place une entamure qui, loin de se fermer, s'agrandit, s'étend en profondeur et en surface. Il en suinte une humeur séreuse et jaunâtre qui se dessèche, et fournit à la surface une couche grise qui, au bout de quelque temps, tombe, et est remplacée par une nouvelle : des douleurs lancinantes surviennent, la base s'indure, et la lèvre se renverse en dehors; il arrive un moment où il serait difficile de reconnaître si l'ulcère est primitif ou secondaire, si on a affaire à un cancer superficiel ou à un cancer profond. Cependant, dans ce dernier cas,

l'ulcération prend rapidement une étendue considérable : elle repose sur une induration moins circonscrite; le bord rosé de la lèvre est tout d'abord détruit par les progrès de la maladie, qui gagne souvent d'une commissure à l'autre la lèvre tout entière; ses progrès envahissants sont encore plus rapides lorsque la peau qui borde la face externe a été atteinte. Dans les cas où la muqueuse qui tapisse la face interne avait d'abord été respectée, elle finit toujours par être le siége d'ulcérations qui livrent passage à la matière qui s'écoule du cancer, et qui est avalée, au moins pendant le sommeil.

Les ulcérations, quoique présentant une forme souvent caractéristique, varient beaucoup, quant à leur étendue et à leur aspect : tantôt les bords en sont renversés; le fond d'un gris jaunâtre, mêlé de taches brunes; tantôt la surface est recouverte de fongosités saignantes au moindre contact : dans des cas plus rares, l'ulcération est nette, et fournit à peine de la matière ichoreuse.

Après un temps plus ou moins long, les glandes du voisinage s'engorgent, ainsi qu'on l'observe pour tous les cancers avancés, quel qu'en soit le siége : ici, ce sont ordinairement les glandes sous-maxillaires qui se tuméfient; cette tuméfaction se propage quelquefois aux ganglions qui descendent le long du cou vers le sternum; on a même vu l'engorgement se montrer dans quelques ganglions parotidiens.

Lorsque le cancer a son siége ailleurs qu'au bord libre des lèvres, lorsque, par exemple, il en occupe la face cutanée, il commence par une légère tuméfaction de la peau, qui prend une couleur rosée plus ou moins vive, puis plus foncée, violacée, et enfin noirâtre; l'épiderme se desquame, des douleurs plus ou moins aiguës se font sentir; enfin la peau, amincie, soulevée, plus ou moins distendue, s'ulcère; mais l'ulcération, dans ce cas, a une forme spéciale : c'est un véritable *noli me tangere* du visage, qui ronge, gagne en profondeur, sans produire de transformation véritable; c'est une forme du cancer des lèvres qu'on rencontre le plus souvent chez les femmes : il paraît avoir une prédilection particulière pour la lèvre supérieure, et détermine rapidement des engorgements ganglionaires.

La matière purulente desséchée forme quelquefois à la surface des ulcères cancéreux d'énormes excroissances d'apparence cornée; Ledran en cite dans son mémoire qui avaient l'apparence de *rochers;* le docteur Rouzet rapporte le cas suivant, dans ses *Recherches sur le cancer*, p. 59 :

1re OBSERVATION.

Une femme, détenue à la maison centrale de Montpellier, ayant reçu, il y a quelques années, un coup sur la partie moyenne droite de la lèvre supérieure, vit, quelque temps après, se développer sur cette partie une légère tuméfaction qui résista à l'emploi de quelques résolutifs, et s'ulcéra au bout de quelques mois ; l'ulcération ne fournit qu'une petite quantité d'ichor qui, se desséchant à mesure qu'il se trouvait en contact avec l'air, forma bientôt une protubérance brunâtre, adhérente à la peau du contour de l'ulcération. Cette protubérance, qui avait à peu près le volume d'une noix, était divisée en deux lobes d'inégale grosseur par une fissure d'où suintait une petite quantité d'ichor. Au bout d'un an, le lobe le plus considérable, qui formait environ les deux tiers de la protubérance, se détacha spontanément; la femme se crut alors en voie de guérison; mais l'ulcère, loin de tendre à la cicatrisation, se couvrit bientôt d'une nouvelle croûte brunâtre, laquelle, par l'accumulation successive de la matière ichoreuse desséchée, forme actuellement une protubérance conoïde, qui peut avoir environ 10 lignes de diamètre à sa base, et 1 pouce et demi d'élévation... 1818.

Marche et conséquences.

Le cancer des lèvres, comme celui des diverses parties du corps, présente, dans sa marche et ses progrès, trois périodes bien distinctes : 1° après le développement de l'affection locale, on voit bientôt les parties voisines et contiguës se désorganiser ; 2° ensuite de ces premiers progrès, qui ne sont guère qu'une extension locale de la maladie, les glandes lymphatiques les plus voisines s'engorgent, et sont les premiers organes éloignés qui prennent part à l'affection; 3° enfin le dernier degré du cancer est signalé par les effets de la maladie locale sur quelques systèmes organiques très-éloignés, et sur la presque totalité des fonctions (le professeur Roux).

C'est là une marche fatale, pour ainsi dire; et si l'on peut citer des observations de cancers qui soient restés stationnaires pendant des années, on en trouve fort peu qui perdent, d'une manière définitive, leur caractère essentiel, leur tendance à l'envahissement.

Du reste, cette évolution de l'affection cancéreuse est loin de se faire dans le même espace de temps chez les divers individus, et, toutes choses égales d'ailleurs, le cancer passe plus rapidement de la seconde à la troisième période, que de la première à la deuxième.

Il est certaines circonstances qui ne sont pas sans influence sur les progrès plus ou moins rapides du cancer des lèvres : la tumeur cancéreuse, par exemple, reste plus longtemps stationnaire que l'ulcère; l'ulcère lui-même affecte une marche plus rapide dès que la peau du bord libre a été atteinte. En général, on voit le mal marcher assez lentement pendant deux, trois années, et c'est le plus souvent à l'occasion de quelque traitement intempestif, d'une cautérisation mal faite, par exemple, qu'on voit la maladie prendre une marche rapidement progressive. Les observations ne manquent pas à l'appui de cette proposition, et nous en aurions bien davantage encore, si tous les charlatans qui *guérissent* les cancers sans opération publiaient les faits de leur pratique. On trouve dans la *Gazette médicale* (1841, p. 557) l'observation d'un paysan qui refusa de se laisser enlever un bouton cancéreux peu étendu, et préféra se soumettre aux conseils d'un empirique : trois ans après, toute la mâchoire inférieure, tant dans les parties dures que pour les parties molles, présentait les désordres les plus graves et les plus hideux : c'étaient tantôt des ulcérations sanieuses, à bords renversés, tantôt des fistules, des tissus indurés, lardacés, un état fongueux des gencives; les ganglions sous-maxillaires, infectés aussi, étaient tuméfiés, durs, calleux, et on ne pouvait reconnaître à quelle limite s'arrêtait le mal; ajoutons à cela des douleurs lancinantes, atroces parfois, qui accompagnaient cet irremédiable état. On ne put recourir qu'à des palliatifs, et le malade alla mourir chez lui (Payan).

Les cancers venus par récidive font, en général, des progrès très-

rapides. Ledran rapporte, dans son *Mémoire sur le cancer,* qu'un soldat, opéré par Lemaire, de Strasbourg, d'un cancer à la lèvre, vit reparaître, dix mois après, un bouton à l'autre lèvre : il devint chancreux comme le premier, et fit très-promptement de si grands progrès, qu'il s'étendit à toute la mâchoire, et occasionna la mort du malade. Je citerai, à cet égard, une seconde observation de M. Payan. Un paysan des environs d'Aix se présenta à l'hôpital de cette ville, avec un cancer de la lèvre qui en occupait plus du tiers, et qui avait débuté deux ans avant. Il existait au-dessous du menton, du côté du siége du mal, deux ganglions lymphatiques hypertrophiés et durs. Le cancer fut enlevé par une double incision en V. Le malade sortit *complétement* guéri dix-huit jours après l'opération. Six mois plus tard, les ganglions du cou, tuméfiés et squirrheux, formaient une espèce de collier glanduleux et bosselé; la lèvre inférieure, durcie et très-épaisse, présentait un rebord saillant en avant de la supérieure; des végétations cancéreuses s'élevaient de la surface interne du bord des gencives : c'était le mal primitif qui s'était reproduit avec une effrayante rapidité. On ne put encore recourir qu'à des palliatifs (*Gaz. méd.*, *loc. cit.*).

Ces observations montrent à la fois combien les progrès du cancer sont rapides dans certaines circonstances, combien cette affection a de puissance pour convertir en son propre tissu les organes mêmes qui paraissent tout d'abord le plus susceptibles de résistance. L'envahissement de la mâchoire supérieure ou de l'inférieure par le cancer des lèvres est une des plus graves conséquences de cette maladie. Mais, sans parler d'une complication aussi funeste, lorsque l'affection cancéreuse a borné ses ravages à la lèvre elle-même, la salive s'écoule au dehors en plus ou moins grande abondance, et c'est une circonstance fâcheuse pour la nutrition. La déglutition, la mastication sont embarrassées; la parole elle-même perd de sa facilité. Pendant le sommeil, le malade avale nécessairement en grande quantité la matière ichoreuse qui s'écoule de la surface de l'ulcère; enfin il est un objet de dégoût pour lui et pour les autres, surtout si, comme on

l'a vu dans plusieurs cas, l'ulcère répand une odeur infecte, si des vers se développent à sa surface (J.-N. Roux).

J'oubliais de noter une conséquence assez grave encore, surtout par rapport à la médecine opératoire : je veux parler de ces déviations des dents et des mâchoires, qui suivent presque nécessairement une perte de substance des lèvres, et qui sont d'un si grand inconvénient pour le succès de la cheiloplastie.

Ce sont là sans doute des conséquences suffisamment redoutables ; mais il ne faut pas oublier que le cancer des lèvres peut amener la mort des malheureux qui en sont affectés : la mort peut survenir par suffocation, par hémorrhagie, par les progrès de la cachexie cancéreuse.

Lieutaud rapporte, d'après Morgagni (*Hist. anat. med.*, t. 1, lib. 2, obs. 4), le fait suivant : « Anus cui cancer, sinistro labiorum angulo « absumpto, inde ulterius sub lingua serpebat, cum thoracis affectio- « nibus, quas catarrhales ipsa dicebat, obnoxia esset, ingruente suffo- « catione, e vivis rapitur. »

Ferrand s'exprime ainsi dans sa dissertation *de Labiorum cancro*, 1768 : « Quos nonnunquam sive arteria erosa, sive vena quavis paulo « majori, sanguinis interimit profusio. Quamdam vidimus vetulam « cujus inferius labrum mentumque, claviculis tenus, adeo fuerant « depasta, ut, prorupto e jugularibus venis sanguine, repentina morte « occubuerit. »

La cachexie cancéreuse se présente ici avec les caractères qui lui sont propres : il me suffit de faire remarquer qu'elle peut survenir sous l'influence des progrès des cancer des lèvres.

Anatomie pathologique.

Le cancer de la lèvre inférieure n'offre rien de spécial comme cancer ; c'est toujours de la matière encéphaloïde, squirrheuse ou colloïde, disposee d'une manière variable suivant le tissu primitivement affecté, suivant que le siége de l'affection est superficiel ou

profond. Dans les tumeurs profondes de la lèvre, on retrouve le plus souvent les caractères du tissu encéphaloïde ; les cancers plus superficiels appartiennent au squirrhe ou à la dégénérescence colloïde. Le tissu squirrheux, en effet, se développe le plus souvent dans la trame parenchymateuse des organes, et, par exemple, dans les glandules des lèvres ; le tissu encéphaloïde, dans le tissu cellulaire, qui en réunit les divers éléments. Le cancer colloïde débute ordinairement par la muqueuse (Pigné) : « tantôt la matière squirrheuse et encéphaloïde est disséminée dans l'épaisseur de la lèvre, tantôt elle est réunie en une seule masse plus ou moins compacte, pourvue d'un kyste fibro-celluleux qui l'isole complétement, ou, dépourvue de kyste, elle est unie aux tissus circonvoisins d'une manière plus ou moins intime. » Quelquefois, enfin, la matière cancéreuse coexiste avec le développement d'un tissu vasculaire de nouvelle formation, et constitue un véritable fongus hématode.

L'ulcère cancéreux qui siége à la face cutanée des lèvres, le *noli me tangere* proprement dit, ne diffère en rien des cancers de la peau : tandis que les autres productions cancéreuses transforment les tissus, en les envahissant, celui ci les détruit, les fait disparaître sans les transformer : ce qui justifie l'expression si exacte d'*ulcère chancreux*, dont se servaient les chirurgiens. Dans ce cas, on ne trouve sur les parois de l'ulcère qu'un tissu induré qui le tapisse, et dont les caractères anatomiques sont difficiles à établir (Pigné).

Quant aux ganglions consécutivement engorgés, on les trouve tantôt simplement hypertrophiés sans transformation de tissu, tantôt complétement dégénérés en matière squirrheuse ou encéphaloïde.

Blasius dit avoir trouvé dans l'épaisseur d'une lèvre cancéreuse deux calculs, remarquables par leur dureté et leur aspect rugueux (Ger. Blasii *Obs. anat. pr.*, part. V, obs. XV).

Diagnostic.

Les maladies qui peuvent simuler le cancer des lèvres sont des tumeurs ou des ulcérations.

Les tumeurs avec lesquelles on pourrait confondre le cancer sont des *tumeurs sanguines*, des *kystes*, des *tubercules*, des *excroissances*.

Tumeurs sanguines. — Les *varices* se comportent à la bouche comme à l'anus ; ce sont de véritables hémorrhoïdes : elles forment sur l'une ou l'autre lèvre, indifféremment, une tumeur d'un brun violacé, située ordinairement sur le bord muqueux de la lèvre, tumeur qui s'aplatit et disparaît par la pression, pour reparaître quand on cesse de comprimer. — Les *tumeurs fongueuses*, *artérielles*, *veineuses* ou *mixtes*, occupent le plus souvent le bord cutané de la lèvre, en même temps que le bord muqueux ; elles ne forment pas un noyau comme la tumeur cancéreuse, mais bien une plaque, de couleur rouge plus ou moins foncée, se flétrissant sous la pression, avec ou sans battements. — N'oublions pas de noter encore l'âge du sujet, le bon état de sa constitution, le développement peu rapide du mal, l'absence de tout symptôme morbide, soit local, soit général.

Les *tumeurs enkystées* des lèvres se développent aux dépens des glandules disséminées au-dessous de la muqueuse ; l'orifice de ces glandules s'oblitère, et la sécrétion continuant à se faire, le fluide salivaire s'accumule dans ces utricules, qui prennent un volume plus ou moins considérable. — Telle était la tumeur observée chez un jeune homme de dix-sept ans, dans le service de M. Velpeau, et qui a fourni à M. le professeur A. Bérard le sujet d'une brillante leçon de concours. Cette tumeur, développée dans la lèvre inférieure, existait depuis quatre ans, et avait cessé de s'accroître depuis deux ans ; elle ne causait que de légères douleurs dans les mouvements des lèvres ; à sa surface, la muqueuse était violacée, bleuâtre, mais elle persistait sous la pression du doigt ; elle était molle, fluctuante, en partie transparente : ces ca-

ractères réunis rendent toute erreur impossible. — J. Franck parle, *dans son Traité de pathologie*, de *tubercules* siégeant à la face interne de la lèvre, et de préférence à l'inférieure, du volume d'un pois et même plus, de forme vésiculaire, sans douleur, et d'une couleur livide, qui consistent en un sac épais, contenant un liquide diaphane : ces tubercules s'ouvrent de temps en temps ; le liquide s'écoule, et ils s'affaissent, puis se remplissent de nouveau ; ces *tubercules* ne sont autre chose que des kystes.

Les *excroissances* cornées ou charnues des lèvres ne seront pas non plus prises pour des cancers, si l'on apporte quelque attention à l'examen des parties et à l'étude des circonstances antérieures.

Les *ulcérations* que l'on pourrait confondre avec l'ulcère cancéreux des lèvres sont syphilitiques, scrofuleuses, etc.

Ulcérations syphilitiques. — Les médecins, dit J. Franck, ont trop de tendance à regarder comme cancéreux presque tous les ulcères des lèvres, surtout les ulcères syphilitiques : cela est parfaitement vrai, et des méprises très-graves ont été commises à cet égard, tant le diagnostic est difficile dans certaines circonstances ; « Souvent, disait M. Cullerier, dans sa thèse inaugurale, les ulcères vénériens qui ont leur siége sur les lèvres ressemblent tellement aux ulcères cancéreux qui se forment sur ces parties, et les signes rationnels sont si incertains, qu'on peut quelquefois se tromper dans leur diagnostic. » Or, l'erreur peut être très-préjudiciable aux malades. Cullerier racontait le fait suivant, dans ses leçons cliniques : « Une demoiselle, qui avait les signes univoques de la virginité, portait à la lèvre inférieure une ulcération qu'on avait prise pour un cancer ; on devait en faire l'extirpation, lorsqu'on reconnut que cette ulcération avait été produite par un baiser impur ; elle fut guérie en peu de temps par les antisyphilitiques, et l'on évita ainsi l'extirpation d'une partie de la lèvre » (Lemercier, *Thèse*, 1808, n° 81).

M. Velpeau a été témoin d'une méprise semblable : « Un jeune homme portait à la lèvre inférieure une tumeur qui avait tous les ca-

ractères d'un bouton cancéreux : croûtes recouvrant un ulcère à granulations livides, saignant au plus léger contact, et reposant sur une base dure et douloureuse; élancements vifs, douleurs lancinantes, etc. Dans une consultation provoquée à cet effet, on décida d'enlever la tumeur. Le malade avait nié obstinément qu'il eût jamais été atteint de maladie vénérienne, et personne n'éleva de doutes sur la nature cancéreuse du mal; mais quelques jours après, le jeune homme, se ravisant, avoue à l'un des consultants qu'il avait eu des chancres; on essaya d'un traitement antivénérien, et la guérison fut obtenue de la manière la plus simple » (leçons de clinique, 1839). Des faits comme ceux que je viens de citer ne sont pas rares; et on voit combien la question devient délicate quand on a affaire à des malades de mauvaise foi. Cependant je crois qu'il est possible d'arriver, le plus souvent, à un diagnostic précis, si l'on se livre avec quelque soin à l'étude comparative des causes, des symptômes et de la marche des deux affections.

L'ulcère vénérien résulte, ou de l'application immédiate du virus vénérien sur la partie affectée, d'une véritable inoculation en un mot; ou il est le symptôme d'une infection constitutionnelle, un chancre ayant existé primitivement aux parties génitales ou ailleurs. — Dans le premier cas, si l'on observe la maladie au début, on verra survenir, précédé ou non d'une pustule, un véritable chancre des lèvres, et on observera les signes qui lui sont propres; le pus de ce chancre inoculé produira une pustule caractéristique; à une époque plus éloignée, les ganglions sous-maxillaires seront engorgés; enfin, la coexistence d'une syphilide cutanée, d'ulcérations au voile du palais, de douleurs ostéocopes, ou d'exostoses, lèverait toute difficulté. — Pour le second cas, je dois faire remarquer d'abord que c'est une chose très-exceptionnelle que l'existence d'une pustule unique comme symptôme secondaire; un des caractères des maladies syphilitiques de la peau, caractère qui les distingue d'une foule d'affections dartreuses, c'est leur tendance à en occuper une grande étendue; ainsi, presque toutes les syphilides se montrent à la fois au tronc, au visage et aux membres:

aussi l'ulcération de la lèvre sera rarement isolée de tout symptôme constitutionnel; qu'on examine avec soin les diverses parties du corps, la bouche, les amygdales, l'anus, et souvent on trouvera de quoi aider au diagnostic. Du reste, il ne faut pas croire que des symptômes de même espèce coïncident toujours avec l'ulcère des lèvres : une syphilide peut affecter sur une partie la forme papuleuse, sur une autre la forme pustuleuse, sur telle autre enfin, la forme franchement ulcéreuse; ces formes ne sont souvent que la représentation d'un même état local plus ou moins avancé. Toujours il faudra interroger, avec le plus grand soin, les malades sur leur état pathologique antérieur; il faudra s'informer, en leur faisant comprendre toute l'importance de la question, s'ils ont jamais eu des maladies syphilitiques, et à quelle époque : il sera bon de recourir à l'examen des parties génitales, d'y rechercher l'existence d'anciennes cicatrices : un résultat négatif quant à ces recherches n'aurait pas grande valeur, il est vrai, mais le résultat positif, s'il ne s'expliquait par d'autres circonstances, devrait autoriser toutes les conjectures.

La marche de l'ulcération syphilitique est bien différente de celle de l'ulcère cancéreux; le chancre de la lèvre acquiert en quelques jours un grand développement; l'ulcère cancéreux, circonscrit dans les premiers temps, présente plus tard une marche rapidement envahissante; l'ulcère syphilitique secondaire est d'habitude stationnaire, si ce n'est dans les cas rares où il affecte la forme serpigineuse. — Les glandes lymphatiques sous-maxillaires ne s'engorgent qu'à une période avancée du cancer; elle se prennent plus rapidement à la suite du chancre; enfin, leur engorgement est à peu près constant dans le cas d'ulcère constitutionnel. — Il peut exister des douleurs assez vives, quelle que soit la nature de l'ulcère; plus rares quand il est syphilitique, elles se montrent alors de préférence au début; lancinantes, et presque caractéristiques dans le cancer, elles apparaissent surtout dès sa seconde période.

On me permettra de rapporter ici une observation qui n'est pas sans intérêt pour le diagnostic.

IIe OBSERVATION.

Jean Gramlich, âgé de trente ans, plaqueur, né à Elsbrigt, en Angleterre, est entré, le 3 juin 1842, à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Vierge, n° 25), pour un ulcère de la lèvre inférieure. Cet homme, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution grêle, n'a eu d'autre maladie vénérienne qu'une blennorrhagie, il y a dix ans; l'écoulement dura deux mois, et céda à un traitement dirigé par un camarade d'atelier. On n'aperçoit ni traces de bubon, ni traces de chancre. Il y a deux mois, et sans cause connue, ou du moins *avouée*, le malade vit se développer, sur le bord gauche de la lèvre inférieure, une ulcération d'abord assez circonscrite, se recouvrant de croûtes plus ou moins épaisses qu'il enlevait presque malgré lui; peu à peu cette ulcération a gagné en largeur, aujourd'hui elle occupe une grande partie de la moitié gauche du bord rosé et de la muqueuse de la lèvre, qui est légèrement renversée en dehors; la face cutanée est intacte. L'ulcère a bien le diamètre d'une pièce de 1 franc; on voit déjà, du côté des gencives, des traces de cicatrice; le reste est rouge foncé, recouvert en partie d'une large croûte squameuse. Le niveau des points ulcérés est plus élevé que celui des parties restées saines, la base est légèrement indurée; il y a peu ou point de douleurs. La glande sous-maxillaire du côté gauche est engorgée, et présente le volume et la dureté d'un œuf de poule; elle est légèrement douloureuse à la pression. Cet engorgement est postérieur à la venue de l'ulcère; mais le malade ne peut préciser l'époque de son origine. Sur les divers points du corps, mais surtout à la poitrine et aux épaules, on remarque des taches de roséole syphilitique qui n'avaient pas été aperçues par Gramlich. Avant de venir à la Charité, le malade a vu plusieurs médecins, qui sont restés incertains, sans doute, sur la nature de la maladie, puisqu'ils ont prescrit des remèdes insignifiants; il s'est même présenté à l'hôpital du Midi, d'où il a été renvoyé sans consultation! Cependant la nature de la maladie est ici bien évidente, et M. Velpeau prescrit des pilules de proto-iodure de mercure; il touche en même temps l'ulcère avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure.

S'il n'y a pas de doute ici sur le caractère syphilitique de l'affection, il serait peut-être plus difficile de décider si l'on avait affaire à un chancre ou à un ulcère secondaire. M. le professeur Velpeau a paru pencher pour cette dernière opinion. Il serait peut-être plus naturel de tout rapporter à une infection directe. Gramlich boit et fume en

commun avec ses camarades, dont quelques-uns sont affectés de chancres; il peut s'être livré à des actes de libertinage dont on ne convient pas volontiers : un chancre véritable se sera développé à la lèvre. Resté sans traitement, il aura déterminé l'infection générale, l'engorgement ganglionaire, la roséole. Deux mois suffisent parfaitement à de pareils progrès, et on n'a pas besoin d'invoquer, comme symptôme primitif, une uréthrite disparue depuis dix ans.

On observe chez certains individus affectés de vérole constitutionnelle des tubercules muqueux du bord libre des lèvres, siégeant ordinairement vers les commissures; ils forment en cet endroit une couche luisante, comme pseudo-membraneuse. Je ne pense pas qu'ils puissent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Ulcérations scrofuleuses. Dartre rongeante, lupus. — Les tubercules cancéreux durs, le plus souvent douloureux, qui se développent chez les personnes plus ou moins avancées en âge, aux lèvres, aux joues, sur le nez, où ils restent quelquefois un temps considérable avant de s'ulcérer, offrent beaucoup de ressemblance avec ceux du lupus; on les a même décrits indistinctement sous le nom de *noli me tangere* (Cazenave). Mais le lupus ne se montre presque jamais chez les personnes avancées en âge; c'est au contraire à cette époque qu'apparaît ordinairement le *noli me tangere*. Cette dernière maladie se manifeste par un tubercule solitaire; il y en a le plus souvent plusieurs dans le lupus. Ici, les tubercules situés dans les couches les plus superficielles sont constamment indolents, tandis que les tubercules cancéreux, entourés d'une base dure et circonscrite, sont le plus ordinairement le siége de douleurs lancinantes très-aiguës. Le *noli me tangere* ronge en profondeur; le lupus s'étend surtout en surface. Les ulcères cancéreux sont humides, fongueux, et se recouvrent fort rarement de croûtes sèches et épaisses comme celles du lupus. Enfin, l'ulcère scrofuleux occupe de préférence la lèvre supérieure, tandis que le cancer est infiniment plus fréquent à la lèvre inférieure.

Enfin, il est des ulcères scrofuleux dont le caractère se démontre

surtout par la constitution du malade ou des ascendants, et par le genre de traitement qui leur est applicable, et qui commencent par un groupe de pustules disposées irrégulièrement, mais pressées entre elles (Delpech). Ils siégent à la lèvre inférieure ou à la supérieure : leur figure, leur marche, l'âge du sujet, empêcheront toute confusion quant à leur nature.

Pronostic.

« Le cancer des lèvres, quelle que soit sa forme, fait ou finit toujours par faire des progrès ; il n'est pas susceptible de guérir spontanément. Abandonné à lui-même, il doit donc s'étendre peu à peu aux parties voisines, aux joues, au nez, aux os maxillaires ; et, comme on l'a vu tant de fois, faire périr les malades.

« Si l'on considère donc que cette maladie menace la vie de ceux qui en sont atteints lorsqu'ils négligent de réclamer les secours de l'art, et que toutes les ressources de la chirurgie deviennent insuffisantes pour la guérison lorsqu'elle a fait des progrès considérables, on sentira combien est grave le pronostic de cette affection ; néanmoins, quand on la combat en temps opportun et avec les remèdes convenables, on obtient presque toujours une guérison complète et durable, parce que cette maladie est beaucoup moins sujette aux récidives que le cancer des autres parties du corps. »

J'aurai peu de chose à ajouter au passage de Boyer que je viens de citer. Ce qu'il dit de la moins grande fréquence de la récidive, à la suite de l'extirpation du cancer des lèvres, est l'expression exacte du sentiment de la plupart des chirurgiens ; mais les trois formes du carcinôme dont nous avons parlé offrent-elles, sous ce rapport, la même gravité ? C'est une question pour la solution de laquelle nous ne pouvons guère apporter que des conjectures. M. Pigné pense, toutefois, que les tumeurs ont plus de tendance à se reproduire que les ulcères cancéreux, pourvu que l'opération soit pratiquée avant tout engorgement ganglionaire.

Traitement.

Il est, pour le cancer des lèvres, comme pour les cancers externes en général, deux modes de traitement bien tranchés : les uns prétendent guérir les malades en modifiant, en arrêtant, dans son développement, la dégénérescence pathologique; les autres ne croient pouvoir atteindre ce but que par la destruction complète des tissus dégénérés. J'exposerai en deux paragraphes les moyens thérapeutiques qui appartiennent à l'une et à l'autre méthode.

§ Ier. — Les praticiens qui se proposent de retarder, d'entraver le développement du produit accidentel, cherchent à obtenir ce résultat par les moyens propres à modérer l'activité des phénomènes organiques qui se passent dans la tumeur, à en diminuer, en un mot, le mouvement nutritif : ces moyens sont des *modificateurs généraux*, ou des *modificateurs locaux*.

Les *modificateurs généraux* que l'on met le plus souvent en usage sont pris parmi les agents de la médication antiphlogistique et de la médication altérante.

Les *antiphlogistiques* les plus utiles sont une diététique bien entendue, l'ingestion de boissons rafraîchissantes; la saignée conviendra parfaitement si le sujet est vigoureux, d'un tempérament sanguin, si quelque évacuation sanguine a été supprimée.

Les *altérants* qui ont joui du plus grand crédit sont le mercure, l'iode, l'arsenic, les extraits de plantes vireuses.

Les *mercuriaux* ont été tour à tour vantés et décriés outre mesure : M. Bégin dit avoir employé avec succès, à l'exemple de M. Gama, des pilules composées de 0,04 gr. calomel et de 0,01 gr. d'extrait de ciguë, une matin et soir. On augmente peu à peu la dose. Vers le douzième jour se manifestent des selles plus ou moins abondantes, ou un commencement d'affection de la bouche, et l'effet révulsif ou fondant se

prononce. M. Dieffenbach se loue beaucoup de la décoction de Zittmann, dans laquelle le calomel est associé, comme on sait, à des sudorifiques et à des purgatifs : « Elle agit favorablement, dit-il, pour améliorer toute la constitution, et son emploi devrait toujours précéder l'opération » (leçons de clinique, recueillies par le docteur Meier, Berlin, 1840, trad. Pigné). M. J. Burns affirme que le mercure exaspère toujours la maladie, surtout lorsqu'elle est à l'état d'ulcération.

L'*iode,* qu'on a aussi préconisé contre le cancer (Ullmann, Magendie), n'a pas toujours amené les résultats qu'on en espérait : « Lorsque le cancer n'a pas encore *éclaté,* dit Dieffenbach (*loc. cit.*), ce médicament, par une fonte insensible de ce qui déjà existe, en opère le retrait; mais il nuit incontestablement lorsque le cancer est ouvert, en appelant sur l'ulcère une congestion, en augmentant son état d'irritation, et déterminant très-facilement des hémorrhagies. » Il sera utile surtout chez les scrofuleux, dont il modifie heureusement la constitution. L'eau iodée de Lugol est la meilleure forme d'administration.

« L'*arsenic*, dit Dieffenbach, est éminemment nuisible; son absorption agit d'une manière très-funeste sur toute l'économie. » Le jugement du chirurgien de Berlin est peut-être un peu sévère. Les médecins anglais regardent l'arsenic comme un médicament d'une grande vertu : Storck, cité par Langenbeck, et Sam. Cooper (*Dict. de chir.*), recommandent, pour vaincre l'opiniâtreté et la malignité de certains ulcères, et de quelques affections des lèvres regardées comme cancéreuses, une solution d'acide arsénieux avec addition de sous-carbonate de potasse. Si l'arsenic ne présente pas tous les avantages que ses partisans lui attribuent, on ne peut nier qu'il n'agisse profondément sur la nutrition; et M. le professeur Trousseau a démontré surabondamment que son administration bien entendue ne présente pas le moindre danger.

Les *extraits* de *ciguë* et d'*aconit* ont été bien souvent mis en usage dans les affections cancéreuses, et aujourd'hui même qu'on a reconnu tout le merveilleux et l'exagération des idées de Storck, on persiste à associer ces extraits à la plupart des autres préparations. M. Réca-

mier, en combinant l'emploi de la ciguë avec un régime sévère, a obtenu quelques bons effets. Je ne dirai rien de l'opium, de la belladone, de la jusquiame, qui n'agissent que comme narcotiques.

Les *modificateurs locaux* conseillés dans le cancer des lèvres sont : la compression, les saignées locales, les applications émollientes, narcotiques, cathérétiques, la ligature des vaisseaux sanguins afférents et efférents, la section des nerfs.

La *compression* a été appliquée par M. Récamier au traitement du cancer des lèvres; il conseille de se servir de rondelles d'agaric, maintenues par un bandage : ce moyen a eu de bons résultats dans les cas de tumeurs cancéreuses indolentes; il peut favoriser la résolution de certains engorgements chroniques des lèvres, qui deviendraient plus tard cancéreux.

M. Lallemand (de Montpellier), qui a généralisé l'emploi des *saignées locales* contre les cancers, a obtenu d'excellents résultats d'applications réitérées de sangsues à la circonférence des tumeurs ou des ulcères cancéreux des lèvres. On trouve même dans la thèse de M. Maréchal (Montpellier, 1821), un de ses élèves, trois observations de *guérison* d'ulcères cancéreux par cette méthode.

Les *applications émollientes* font partie intégrante de tous les modes de traitement: ce sont des moyens nécessaires de propreté, et on peut les rendre calmantes en les mélangeant avec des narcotiques. Les cataplasmes de fécule, de poudre ou de feuilles de belladone, sont un adjuvant nécessaire de la plupart des résolutifs; ils diminuent ou neutralisent les douleurs, etc.

Au nombre des topiques *cathérétiques*, je citerai la décoction et la pommade de suie, tant vantées par le docteur Blaud; les préparations de créosote, complétement oubliées aujourd'hui.

M. Jobert (de Lamballe) essaya, il y a quelques années, d'un moyen fort ingénieux : sur plusieurs individus affectés de cancers ulcérés des lèvres, il pratiqua la *ligature des artères* faciales, des artères coronaires inférieures; chez un de ses malades, il porta un fil sur les principales veines. Dans les premiers cas, l'ulcération parut d'abord

heureusement modifiée : une suppuration de bonne nature remplaça l'ichor putride, les bourgeons peu apparents et blafards devinrent vermeils, la tumeur perdit de sa dureté et de sa couleur violacée, les douleurs cessèrent presque complétement; malheureusement le mieux ne fut pas durable. La ligature des veines n'apporta aucun changement dans l'aspect de la maladie; ce qui s'explique par les nombreuses anastomoses qui existent dans la région labiale. Par la *section des nerfs* qui vont se rendre surtout à la peau et à la muqueuse, des nerfs mentonniers, par exemple, les douleurs cessaient, et la surface de la plaie offrait quelques modifications heureuses (*Bullet. génér. de thérap.*, t. 17, p. 23). Ces essais n'ont pas eu, comme on voit, tous les résultats qu'on devait en attendre; mais on pourra imiter avec fruit l'exemple du chirurgien de Saint-Louis, pour remplir quelque indication spéciale.

Les moyens thérapeutiques que je viens de passer en revue inspirent en général peu de confiance aux praticiens; on ne les met en usage qu'en désespoir de cause, ou lorsque les malades ont refusé de se soumettre à un traitement plus rationnel. Il en est autrement de ceux qui me restent à exposer.

§ II. — Il ne s'agit plus de modifier, mais de détruire les tissus dégénérés, et on y arrive par les *caustiques* ou par *l'instrument tranchant.*

Caustiques. — Pouteau a très-bien apprécié la sphère d'action des caustiques : « Ces remèdes, dit-il, ne peuvent trouver place que sur de petites ulcérations, situées à la superficie de la peau, et assez peu épaisses pour que le caustique, dont l'action ne s'étend pas au delà de deux ou trois lignes, puisse en pénétrer toute la profondeur, et même l'outre-passer un peu ; car si le mal n'est pas détruit d'emblée par ces remèdes, le reste s'effarouche et fait les progrès les plus rapides et les plus dangereux » (œuvres posth., I, p. 51). Les caustiques conviennent donc seulement lorsque l'on a affaire à des cancers superficiels des lèvres. Ceux que l'on emploie le plus généralement sont : la

pâte arsénicale, la pâte de Canquoin, la pâte de Vienne, le nitrate acide de mercure. Je ne parlerai pas du cautère actuel, qui a l'inconvénient d'effrayer beaucoup les malades, et de ne pas étendre toujours son action assez loin.

La *pâte arsénicale* ne serait pas sans danger, si on l'appliquait sur les ulcères du bord libre de la lèvre; on devra la réserver pour les cancers de la face cutanée. Dubois recommandait, pour éviter l'absorption, de ne l'appliquer que sur des surfaces en état de suppuration (A. Bérard). Ainsi on commence par exciser les chairs fongueuses, et on applique la pâte de Rousselot le troisième ou le quatrième jour. Beaucoup de praticiens, Chélius entre autres, lui préfèrent la pommade d'Hellmund, qui n'est autre chose que la pâte ordinaire, affaiblie par son mélange, en proportions variables, avec un onguent narcotico-balsamique (*Bulletin* de Férussac).

La *pâte au chlorure de zinc* n'a pas les inconvénients de celle de frère Côme : on calcule parfaitement son action, mais elle agit lentement, et détermine des douleurs extrêmement vives. Rarement il suffira d'une seule application, et il faut se hâter de revenir à l'emploi du caustique, si, après un premier ou plusieurs essais, la cicatrisation ne se fait pas franchement.

La *pâte de Vienne* devra être préférée dans un grand nombre de cas : elle agit rapidement et sous les yeux du chirurgien. On en applique une couche, d'une ligne d'épaisseur environ, à la surface de l'ulcère : au bout de quatre ou cinq minutes, on verra au pourtour un cercle noirâtre et sec. Il suffit, en général, de sept à huit minutes pour que la mortification du tissu dégénéré soit complète. L'eschare formée se détache vers le cinquième ou sixième jour. Si le fond de la plaie laisse alors quelque inquiétude, il faudra recourir à une nouvelle application : il vaut toujours mieux dépasser le but que rester en deçà.

Le *nitrate acide de mercure* est encore un excellent caustique : on peut l'employer, quel que soit le siége de l'ulcère cancéreux, et il porte fort loin son action.

Dans les cas où les caustiques méthodiquement employés sont

restés sans résultat, comme dans ceux où le cancer occupe la profondeur de la lèvre, l'*extirpation* est la seule ressource : on peut y procéder de deux manières :

Excision en V. — Le cancer est cerné par deux incisions qui se réunissent à angle aigu, pour former un lambeau dont la base répond au bord libre de la lèvre ; on rapproche ensuite, et on réunit les bords de la plaie par la suture entortillée. Pour rendre le rapprochement plus facile, on est souvent obligé de séparer la lèvre de la mâchoire jusque au-dessous du sommet du V formé par les incisions : on évitera ainsi ces fistules salivaires que l'on a observées plus d'une fois, lorsque cette précaution était négligée.

Si le cancer siégeait vers l'une des commissures, la direction du V devrait seule être modifiée.

Excision en ◡. — Elle se pratique avec un bistouri ou des ciseaux courbes sur le plat. Indiquée par A. Paré, par Fabrice d'Aquapendante, l'excision en demi-lune était le procédé presque exclusif de Dupuytren. M. Serre (de Montpellier), en nous apprenant à réunir la muqueuse à la peau par un véritable ourlet, y a apporté le perfectionnement le plus avantageux.

Des hémorrhagies plus ou moins abondantes viennent quelquefois contrarier l'une et l'autre opérations. La suture suffit le plus souvent pour l'arrêter dans le premier cas ; sinon on pourrait recourir à la torsion. Dupuytren avait l'habitude de porter sur la plaie un fer rougi à blanc, lorsque le sang s'écoulait en trop grande quantité après son opération.

Chacun des procédés dont nous avons parlé a une destination spéciale : l'excision en V convient dans les cas où le cancer a envahi profondément la lèvre, sans gagner en largeur ; l'excision en demi-lune doit être réservée pour les ulcères superficiels. Si l'on s'écarte de ces principes, un succès inespéré pourra bien quelquefois couronner les efforts du chirurgien, mais il s'exposera aussi à de tristes mécomptes :

ou bien la réunion ne se maintiendra pas, ou bien il restera un rétrécissement de l'ouverture buccale; et dans le cas où l'on aurait excisé simplement une portion trop étendue de la lèvre, les dents et les gencives resteront à découvert, la salive ne sera plus retenue, etc.

Il ne faut pas croire, du reste, que la suture mérite tous les reproches que Louis s'est plu à lui adresser; la réunion rapide qu'elle procure est, au contraire, une sauvegarde contre la récidive : des observations de Bell, de Hill, rapportées dans la thèse du docteur Gault, et bien d'autres encore, viennent à l'appui de cette proposition.

Il faut se garder de pratiquer les opérations que je viens de décrire chez des individus affectés actuellement de quelque maladie de la bouche ou de l'appareil respiratoire. Il faudrait aussi retarder, s'il régnait une endémie érysipélateuse.

Si les lèvres étaient le siége d'une irritation trop vive, de quelque engorgement inflammatoire ou œdémateux, il faudrait combattre ces complications par les moyens locaux et généraux indiqués dans le paragraphe précédent, avant de recourir à l'extirpation.

Un grand nombre de chirurgiens regardent le gonflement des glandes sous-maxillaires comme une contre-indication formelle; c'était l'opinion de Dupuytren (*Leç. clin. chir.*, III, 462). Mais un pareil motif n'arrête pas l'opérateur quand il s'agit d'enlever le maxillaire inférieur dégénéré, et il se croit à l'abri de tout reproche quand il peut emporter tous les tissus affectés : n'en doit-il pas être de même dans le cas qui nous occupe? Aussi, me paraît-il rationnel, pourvu qu'il n'existe pas de signe plus évident de diathèse cancéreuse, d'enlever la lèvre malade et avec elle les glandes suspectes. M. Lisfranc en agit ainsi d'habitude, et il n'est pas sans imitateurs. Il ne faut pas oublier que, dans ce cas, comme dans ceux où le cancer extirpé a une étendue énorme, où il est très-ancien, l'application d'un exutoire faite, à propos, peut prévenir la récidive.

Enfin, si l'affection avait envahi toute la lèvre, et même les parties voisines, il ne faudrait l'attaquer qu'autant qu'on pourrait l'enlever

complétement, et l'on remédierait alors à la difformité par un des procédés de la cheiloplastie.

Restauration des lèvres ou cheiloplastie.

Les diverses méthodes d'anaplastie ont été appliquées à la restauration des lèvres; je dois donc les passer successivement en revue, et j'insisterai plus particulièrement sur les procédés le plus généralement employés.

MÉTHODE ITALIENNE. — Le caractère distinctif de cette méthode, c'est que *le lambeau est pris loin de la partie à réparer.*

Procédé Tagliacozzi. — Le lambeau doit être taillé à la face interne du bras pour la lèvre supérieure, au coude pour l'inférieure : on serre la peau entre les deux branches larges, plates et fenêtrées d'une pince, puis on plonge un bistouri à travers la portion laissée à découvert par la fenêtre, et on incise; on passe un séton dans la plaie; au bout de quinze jours on coupe le pont à sa partie supérieure, et on a un lambeau quadrilatère, suppurant par sa face profonde, et adhérent par son bord inférieur. Lorsque la suppuration est arrêtée, on applique le lambeau en le façonnant, de manière qu'il remplisse bien la perte de substance, après avoir avivé la surface de celle-ci, s'il est nécessaire; on assujettit au moyen de quelques points de suture, puis le bras est maintenu dans une position convenable et inamovible, au moyen d'un bandage approprié. L'humidité qui provient du palais et des gencives unit considérablement à la conservation du lambeau, qui se gangrène assez souvent; on ne doit le séparer de la souche que quand la réunion est bien faite, et a acquis une grande solidité; ce qui a rarement lieu dans l'été, avant le vingt-quatrième jour, et beaucoup plus tard pendant l'hiver (Taliacotius, *de Curtorum chirurgia*, in-fol., Venetiis, 1597, lib. II, p. 86).

Procédé de Graeffe. — La méthode est la même, mais le chirurgien allemand réunit le lambeau, immédiatement après l'avoir taillé, au lieu d'attendre qu'il ait passé par la suppuration. Cette modification, dont on a fait tant de bruit, avait déjà été proposée par Renaulme de la Garanne (1721, *Hist. Ac. des sc.*).

Procédé du professeur Roux. — M. Roux a pris le lambeau sur l'éminence hypothénar, au lieu de l'emprunter au bras, dans un cas de restauration de la joue, célèbre dans les fastes de l'anaplastie (1826).

MÉTHODE INDIENNE. — Cette méthode peut être ainsi caractérisée : *formation d'un lambeau à une petite distance de la partie mutilée ; torsion du pédicule de ce lambeau suivant son axe ; formation, avec le pédicule, d'un pont placé au-dessus de la peau voisine de la solution de continuité ; section consécutive de ce pédicule* (Blandin).

Procédé ordinaire. — Le lambeau, pris à la face antérieure du cou, est renversé et tordu sur lui-même, de manière à pouvoir être fixé sur la perte de substance qu'il est destiné à recouvrir : pour mieux faire comprendre les divers temps de l'opération, je rapporterai une observation du docteur Voisin, publiée dans la *Gazette médicale* de 1836, p. 370.

IIIe OBSERVATION.

Homme de soixante-cinq ans, capitaine en retraite. Ce malade avait eu quelques chaudepisses toutes bien guéries, et pour lesquelles il avait été soumis à un traitement spécial. En 1834, deux végétations se montrèrent à la lèvre inférieure ; on les cautérisa plusieurs fois sans pouvoir les faire disparaître. M. Voisin vit le malade en 1835 : la lèvre inférieure était triplée de volume, couverte, dans les deux tiers du côté droit, de végétations à surface mamillaire, d'un rouge noirâtre, douloureuse à la pression. Le tiers libre était occupé par un ulcère superficiel, sans douleur nocturne. Ces symptômes furent regardés comme syphilitiques, et traités en conséquence (29 juin). On cautérisa plusieurs fois, ce qui

ne fit que hâter la marche du mal, qui *devint* cancéreux dans les premiers jours de septembre, ce dont nous fûmes averti, dit le docteur Voisin, par l'apparition de douleurs lancinantes, par le développement d'un ulcère grisâtre, et les fétides exhalaisons du pus ichoreux qui s'en écoulait. L'état général du malade était bon : on se décida à l'opération, qui fut pratiquée le 19 septembre.

Deux incisions, partant chacune d'une extrémité de la lèvre inférieure, et se dirigeant obliquement vers le menton en forme de V, cernèrent rapidement le mal, que quelques coups de bistouri achevèrent de détacher; les deux bouts de la coronaire labiale furent liés, la première moitié de l'opération étant terminée... Une incision transversale de 2 pouces et demi de longueur fut faite au-dessous du cartilage thyroïde; sur cette incision en furent élevées deux autres, obliquement vers le menton, et de manière à laisser 1 pouce d'intervalle entre leur extrémité supérieure : ces trois incisions circonscrivaient un lambeau triangulaire, à base inférieure et à sommet supérieur, c'est-à-dire disposé en sens inverse de la plaie; on le détacha lentement, en ayant soin de lui conserver une épaisseur convenable; deux artérioles furent divisées et liées. Quand il ne tint plus au corps du patient que par son pédicule, après avoir régularisé un de ses bords avec des ciseaux plats, et enlevé un peu de tissu adipeux qu'il avait en excès, on le retourna d'avant en arrière, on l'appliqua sur la plaie, où il fut assujetti au moyen de quatre aiguilles, deux à droite et deux à gauche. Il n'avait donné aucun signe de sensibilité, ni quand on l'avait poli avec les ciseaux, ni quand les aiguilles l'avaient traversé. L'opération avait duré vingt-cinq minutes.

Dans les premiers jours qui suivirent, on craignit vivement la gangrène du lambeau; cependant tout se réduisit à une eschare assez superficielle. Le 30 septembre, la réunion était parfaite. Le 6 octobre, la plaie du cou était cicatrisée, le lambeau avait pris un peu de sensibilité; il simulait une lèvre naturelle par son renversement en arrière, favorisé par un excès de longueur. Un mois après l'opération, la guérison était parfaite; le malade ne voulut pas la laisser compléter par la section du pédicule.

Peu de chirurgiens ont été aussi heureux que le docteur Voisin, et la méthode indienne a généralement échoué entre les mains des plus habiles, tels que Delpech, Dupuytren, Lallemand, Dieffenbach, etc. Le plus souvent le lambeau est tombé en gangrène, et la raison anatomique en est bien simple : « La peau du cou est mince et doublée d'un tissu cellulaire lâche; aucune artère remarquable ne rampe dans son épaisseur; celles qui s'y portent viennent immédiatement du tissu

cellulaire sous-jacent, et s'y perdent presque aussitôt. Quand ce tissu cellulaire est divisé, les artérioles du pédicule peuvent ne pas s'étendre assez loin pour porter le sang à l'extrémité du lambeau, pour peu que la circulation soit gênée dans le pédicule par sa tension » (Lallemand, *Arch. de méd.*, 1824, p. 244). — La *torsion*.—Tel est, en effet, le vice du procédé ordinaire appliqué à la cheiloplastie : aussi a-t-il été modifié par MM. Lisfranc et Lallemand, en vue de remédier à cet inconvénient.

Procédé de Lisfranc. — M. Lisfranc prolonge l'une des incisions latérales du pédicule trois ou quatre lignes plus loin que l'autre; la torsion est réduite ainsi à un arc de 45°—50°.

Le *procédé de M. Lallemand* est le complément de l'idée précédente : il consiste à prolonger l'une des incisions jusqu'à la plaie elle-même ; la torsion est ainsi presque nulle.

MÉTHODE ANCIENNE. — MÉTHODE FRANÇAISE. — Je réunis dans un seul article la méthode *ancienne* et la méthode *française*. Elles procèdent du même principe, pour arriver à un même but par des moyens analogues. Elles offrent, comme traits caractéristiques : *la formation d'un lambeau, dont un des bords fait partie du contour de la solution de continuité qu'on doit réparer; la dissection de ce lambeau au loin, et son attraction sans rotation ni torsion aucune vers le lieu qu'il doit désormais occuper* (Blandin).

On trouve dans Celse les premiers préceptes de cheiloplastie par la méthode de déplacement. Il y aurait injustice à le nier; mais c'est à la chirurgie *française* qu'appartient l'honneur d'avoir su comprendre les idées du médecin de Rome, je dis mieux, de les avoir *créées* une seconde fois ; et les écrits de Franco, de Chopart, de J.-N. Roux, sont là pour prouver combien le progrès a été immense; ce n'est donc pas par une épithète usurpée que nous qualifions la méthode ancienne.

Procédé de Celse. — Voici le texte même de l'auteur latin avec la traduction en regard (lib. 7, cap. 9).

« Ratio curationis ejusmodi est : id « quod curtatum est, in quadratum re- « digere, ab interioribus ejus angulis « lineas transversas incidere, quæ cite- « riorem partem ab ulteriore ex toto « diducant, deinde ea quæ sic resolvi- « mus, in unum adducere. Si non satis « junguntur, ultra lineas quas ante feci- « mus, alias duas lunatas, et ad plagam « conversas immittere, quibus summa « tantum cutis diducatur; sic enim fit, « ut facilius quod adducitur sequi pos- « sit. Quod non vi cogendum est; sed ita « adducendum, ut ex facili subsequa- « tur, et dimissum non multum rece- « dat. »

Voici la manière d'opérer : on coupe en carré la partie écourtée; des angles internes de ce carré on fait partir deux incisions transversales qui séparent complétement la partie antérieure de la postérieure, ensuite on réunit ce qui a été ainsi rendu libre. Si le rapprochement n'est pas suffisant, au delà des incisions déjà faites il convient d'en pratiquer deux autres demi-circulaires, à concavité tournée vers la plaie, et de manière à n'intéresser que la partie superficielle de la peau; il arrive ainsi que ce qu'on veut réunir cède plus facilement. On ne doit point y mettre de violence, mais exercer une traction qui rende le rapprochement facile, et le maintienne suffisamment.

Ainsi Celse, après avoir enlevé le mal, voulait qu'on séparât les lèvres de la mâchoire; si la réunion des lambeaux ne pouvait se faire, il conseillait de favoriser leur rapprochement par des incisions sur la peau. M. Dieffenbach emploie encore ces incisions latérales, et il résulterait d'une note insérée dans le tome 3, p. 433, des *Leçons de clinique* de Dupuytren, qu'il croit les avoir inventées : on voit combien sa prétention est fondée. Toutefois, le passage de Celse n'a pas été compris de la même manière par tout le monde ; et, sans qualifier aussi durement que l'a fait M. Dezeimeris, ses traducteurs et commentateurs, je ne puis m'empêcher de remarquer que Louis, par exemple, lui a fait subir un véritable travestissement.

Procédé de Franco. — Le chirurgien provençal s'exprime ainsi au chap. 120, intitulé *De la cure des lèvres fendues :*

« Mais si elles estoyent distantes par trop l'une de l'autre, comme l'ay veu plusieurs fois, tellement qu'on ne les peust rassembler par aucun moyen, il faudrait copper lesdites leures au dedans en long, et à travers pour les resioindre, en contregardant tant que sera possible les muscles, à cause du mouvement : toutefois, s'il est nécessaire, on les peut copper plus tost que de laisser une telle œuure ; car de deux maux fault eslire le moindre. Il se faut garder de copper la peau au dehors, pource que par icelle elles pourront être alongées comme l'ay fait plusieurs fois ; puis, après avoir appliqué les éguilles, il faut mettre des covssins pour les tenir unies ensemble. »

Ce procédé n'est pas, comme on l'a dit, une copie de Celse. Franco est beaucoup plus hardi, et au chapitre 122 de son ouvrage, on trouve l'application de ces principes pour un cas remarquable de génoplastie (1).

Procédé de Chopart. — On en donne généralement la description suivante : « Le chirurgien commence par faire, au dehors et à chaque côté du mal, une incision qui descend verticalement du bord libre de la lèvre. plus ou moins loin au-dessous de la mâchoire, selon l'étendue de l'affection ou celle de la perte de substance à réparer ; il dissèque ensuite le lambeau tracé par ces deux plaies, le détache de l'os, en procédant de haut en bas, et en évitant de racler de trop près le périoste : on peut ainsi descendre jusque vers le cartilage thyroïde. Cela fait, on coupe en travers et carrément tout ce qui est altéré, en empiétant un peu sur les tissus sains. On fait alors baisser la tête au malade, en même temps que, par de douces tractions, on amène le bord supérieur du lambeau jusqu'au niveau du reste de la lèvre. On réunit enfin

---

(1) Pierre Franco, *Traité des hernies,* etc., Lyon, 1561, in-18, 554 pages. Je donne le titre, *in extenso,* pour prouver qu'il existe bien une édition de Franco, autre que le *petit traité* antérieur cité par M. Serre. Le professeur de Montpellier n'avait qu'à recourir au *Dictionnaire historique* de MM. Dezeimeris et Raige-Delorme, pour s'en convaincre.

aux bords externes des incisions par trois ou quatre points de suture entortillées, ou davantage s'il en est besoin. »

Or, ces règles, instituées *depuis* Chopart, ne paraissent pas concorder bien exactement avec sa manière d'opérer. Après de longues et infructueuses recherches, je suis parvenu, grâce à M. Malgaigne, à découvrir l'observation unique dans laquelle les détails de l'opération primitive sont consignés. J'en rapporterai les points principaux.

IVe OBSERVATION.

François Dubois, dragon au ci-devant régiment de Lorraine, âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, fut atteint, en 1788, n'ayant jamais éprouvé de maladie, et sans cause connue, d'une petite gerçure à peu près dans le milieu du bord libre de la lèvre inférieure. Le mal resta stationnaire pendant deux ans, au bout desquels on employa des applications de feuilles de cochléaria et les caustiques. L'ulcère fut en partie détruit, et avec lui une portion saine de la lèvre. Le malade, effrayé, vint à Paris ; l'aspect de l'ulcération était si hideux, elle était si étendue, qu'aucun chirurgien n'osa conseiller l'extirpation.

M. Chopart, chirurgien en chef de l'hospice du Collége de chirurgie, reçut le malade dans cet hospice, le 26 juillet 1791. L'ulcère avait son siége à 3 lignes de la commissure gauche, dans toute la hauteur et l'épaisseur de la lèvre, y compris la houppe du menton, se portait à droite, s'étendait en dehors et en arrière, à 6 lignes de la commissure droite, laquelle était tuméfiée, rouge et très-sensible. La glande sous-maxillaire droite était engorgée ; il existait aussi du gonflement à l'os de la mâchoire inférieure.

Le malade fut opéré de la manière suivante, le 14 août, vingt-sixième jour de son entrée à l'hospice : Le malade fixé convenablement, un aide saisit la commissure gauche, et le chirurgien le milieu de la lèvre, qu'il incisa avec un bistouri du haut en bas, et obliquement de dehors en dedans, tout près de la partie affectée, jusqu'au bord inférieur de l'os de la mâchoire. Le même aide ayant repris la lèvre supérieure, le chirurgien saisit le lambeau résultant de cette première incision, et coupa en dedans, à 4 lignes de la commissure droite, la lèvre supérieure, continua son incision autour de l'engorgement qui occupait la commissure, et sur la lèvre inférieure dans toute sa hauteur, jusqu'à ce qu'il eût rencontré, le long du bord inférieur de la mâchoire, la fin de la première division. La houppe du menton, qui se trouvait comprise entre les deux sections, fut déta-

chée ensuite, parce qu'elle était infectée du même virus. La plaie bien nettoyée, on excisa plusieurs tubercules situés au-devant de la gencive.

Toutes les dents, en comptant de gauche à droite, depuis la dernière grosse molaire jusqu'à la seconde grosse molaire du côté droit, étaient à découvert, et avec elles toute la face antérieure de l'os maxillaire inférieur. M. Chopart tenta d'abord et exécuta la réunion au moyen de deux aiguilles, comme dans le bec-de-lièvre; mais il restait, au-devant de la portion carrée du menton, une perte de substance que la peau voisine ne pouvait recouvrir : c'est dans cette circonstance que le chirurgien eut l'idée ingénieuse de faire servir les téguments du cou pour remplir le vide formé par l'extirpation de l'ulcère et du menton. Alors par deux incisions, dont l'une se dirigeait verticalement sur la partie supérieure du cou, et l'autre transversalement sur un bourrelet formé par les téguments, vers la fin du corps de la mâchoire, on a eu un lambeau qu'on a disséqué, ramené de bas en haut, et étendu sur le menton, où il a été maintenu par deux points de suture simple. La réunion étant complète, on a appliqué l'appareil ordinaire.

Le septième jour, les parties étant bien unies, on coupa les deux points de suture simple; le huitième on retira l'aiguille inférieure... Le malade est sorti sa plaie parfaitement cicatrisée, mais avec une tuméfaction excessive de l'os maxillaire inférieur, qui fait craindre une suite dangereuse.

Cette observation, qui n'est indiquée dans aucun traité de médecine opératoire, se trouve dans le tome 3, page 28, du Journal de Fourcroy : *La médecine éclairée par les sciences physiques*, etc., 1792. Les réflexions qui la précèdent prouvent qu'on sut alors en comprendre toute l'importance. On voit, du reste, que le procédé suivi par le chirurgien n'est pas tout à fait celui que l'on décrit aujourd'hui sous le nom de Chopart; mais de quelque manière qu'on veuille le comprendre, il n'en constitue pas moins un bon procédé. Son plus grand inconvénient, le *recoquillement* du lambeau, n'est plus à redouter depuis que le professeur Serre (de Montpellier) nous a appris à disséquer la muqueuse de la lèvre affectée pour la réunir à la face interne de la nouvelle.

Procédé de Roux de (*Saint-Maximin*). — Les opérations de M. J.-N. Roux datent de 1823 et 1825 : les résultats en furent publiés en 1828

(*Revue médicale*, janvier) : « Il commence par enlever le cancer au moyen d'une incision semi-lunaire, à concavité supérieure; si le mal s'étend au delà des commissures, il prolonge celle-ci sur les côtés, aussi loin qu'il est nécessaire, par des incisions transversales qui passent au-dessus du cancer, et c'est aux extrémités de ces incisions qu'il fait aboutir alors l'incision semi-lunaire indiquée, qui doit, dans tous les cas, embrasser toutes les parties altérées. L'ablation étant achevée, ce chirurgien saisit le bord de son incision semi-lunaire, et dissèque, de haut en bas, toutes les parties molles qui recouvrent l'os maxillaire inférieur, en faisant agir le bistouri transversalement, mais plus profondément sur la ligne médiane que sur les côtés : on obtient ainsi un lambeau de téguments en forme de tablier, avec un seul bord libre, et on le détache des parties sous-jacentes plus ou moins bas, et, selon le besoin, jusque vers la région hyoïdienne, puis on fait pencher la tête au malade, et l'on attire le bord libre du lambeau jusqu'au niveau des commissures labiales. Si l'on a été obligé de les prolonger par des incisions, on réunit les bords correspondants des incisions par des sutures; le reste doit former le bord de la lèvre nouvelle; des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié maintiennent le tout en place jusqu'à parfaite réunion. » Ici encore on peut appliquer le perfectionnement de M. Serre à la construction de la nouvelle lèvre (1).

A ce procédé, M. Lisfranc ajoute une incision verticale qui partage en deux le lambeau unique de M. Roux, et permet de le disséquer et de le remonter plus aisément; mais aussi la suture est nécessaire, et on a une cicatrice de plus.

Je placerai ici une observation dont je dois les détails à l'obligeance

---

(1) Je sais bien que Werneck, 1817, et Dieffenbach, plus tard, ont les premiers réuni la muqueuse à la peau, pour le traitement des rétrécissements de l'ouverture buccale; et, si je cite M. Serre comme l'auteur de ce perfectionnement, c'est qu'il l'a appliqué à la restauration des lèvres, et généralisé. Le premier encore, ce professeur s'est servi de la muqueuse disséquée sur les parties malades pour *border* la nouvelle lèvre (Serre, *Traité des restaurations*, p. 139).

de M. Demarquay, interne des hôpitaux; il s'agit d'une restauration de la lèvre et de la joue, pour laquelle tous les procédés réunis ont été mis en usage par M. Blandin.

Ve OBSERVATION.

Le sujet de cette observation, Charles Leroux, est actuellement âgé de seize ans, et infirmier dans le service de M. le professeur Blandin, à l'Hôtel-Dieu. Ce jeune homme reçut, à l'âge de quatre ans et demi, dans la face, un coup de fusil qui lui enleva une grande partie de la joue du côté gauche, la commissure labiale, et toute la paroi latérale du nez du même côté; l'œil gauche fut également atteint, les os fortement endommagés. Le chirurgien appelé au moment de l'accident ne put que régulariser la surface de cette vaste plaie, qui ne fut pas mortelle. Au bout de trois ou quatre mois l'enfant était guéri; mais il restait une perte de substance considérable : l'ablation de la joue et de la paroi latérale gauche du nez laissait à nu toute la cavité buccal et la narine. La salive, les aliments et les mucosités nasales, s'écoulaient en abondance au dehors; la nutrition était altérée : l'enfant resta ainsi jusqu'à l'âge de neuf ans.

Conduit à Paris en 1835, il fut confié aux soins de M. Blandin, qui conçut l'espoir de le guérir à l'aide d'une série d'opérations autoplastiques.

1. Le chirurgien s'occupa d'abord de former une nouvelle commissure gauche, pour reconstituer l'orifice buccal; un lambeau fut pris à la lèvre supérieure, et fixé sur la lèvre inférieure, préalablement avivée : cette première tentative réussit.

2. M. Blandin voulut ensuite s'opposer à l'issue de la salive et des aliments : un lambeau de peau fut taillé dans la région cervicale, d'après la méthode indienne; on imprima un mouvement de rotation à son pédicule, et on vint le placer sur la face externe du maxillaire inférieur; il fut fixé, d'un côté, à la nouvelle commissure, et de l'autre, à la peau qui se trouve au-devant du masséter; mais il fut frappé de gangrène. Un autre lambeau fut pris dans la région du cou. Averti par un premier échec, le chirurgien le ramena par glissement et sans torsion de pédicule, après l'avoir disséqué au loin, et vint l'appliquer aux mêmes points que le précédent : l'opération eut tout le succès désiré. Une partie de cette vaste excavation se trouvait fermée, la salive ne pouvait plus s'écouler au dehors.

3. Il restait à reformer la paroi des fosses nasales, et à combler à la joue une

ouverture assez large encore. Un lambeau fut pris dans la région du front, et porté sur la partie latérale gauche du nez. Cette nouvelle opération ayant réussi, M. Blandin prit un vaste lambeau dans la région temporale, préalablement rasée, et vint le fixer, en avant, à la nouvelle commissure, en bas, au lambeau apporté de la région du cou, et supérieurement, à la peau qui se trouvait au-dessous de l'orbite, et à la partie inférieure de la nouvelle paroi latérale du nez, antérieurement formée avec la peau du front. Cette tentative fut des plus heureuses : il ne resta que quelques petites ouvertures qui furent successivement fermées, soit par de petits lambeaux, soit à l'aide de la cautérisation.

Cette cure, qui fait autant d'honneur au génie du chirurgien qu'à sa persévérance, ne s'est pas faite, comme on le pense bien, sans de nombreuses difficultés : une foule d'accidents, dont je n'ai pas cru nécessaire de faire mention, ont mis la patience du malade et de M. Blandin à d'incessantes épreuves. Charles Leroux est resté dix-huit mois en traitement; la guérison est parfaite depuis sept ans. Aujourd'hui la santé est excellente, la bouche se trouve entraînée un peu à gauche, la commissure labiale de ce côté a peu d'élasticité; on voit des cicatrices linéaires dans les points où les sutures ont été pratiquées. La joue de nouvelle formation est un peu affaissée; le vaste lambeau pris dans la région de la tempe, qui la forme presque à lui seul, est resté jusqu'à ce jour couvert de poils, mais moins forts et moins nombreux qu'ils ne le sont naturellement dans la région où la peau a été prise.

Ce fait seul servirait à démontrer, s'il en était besoin, que l'autoplastie n'est pas aussi arriérée à Paris qu'a bien voulu le prétendre un auteur récent : les essais antérieurs ou plus nouveaux de MM. Jobert, Velpeau, A. Bérard, Chassaignac, le prouveraient encore d'une manière positive.

Procédés de M. le professeur Serre (de Montpellier). — Quoique M. Serre n'ait pas appliqué le premier tous les procédés que je vais décrire, je les réunis sous son nom, parce qu'il les a singulièrement perfectionnés pour la plupart, et généralisés. On trouve dans son *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face, selon la méthode par déplacement*, 1842, une foule d'observations extrêmement intéressantes, suivies de réflexions et de considérations pratiques, d'après lesquelles ceci a été écrit : M. Serre consacre des articles spéciaux à

la restauration de la lèvre inférieure, à la restauration des commissures, à la restauration de la lèvre supérieure.

A. *Restauration de la lèvre inférieure.* — On comprend les parties dégénérées dans une double incision en V, dont le sommet doit être d'autant plus prolongé que l'étendue transversale du cancer sera plus considérable; on a ainsi une perte de substance triangulaire. On pratique ensuite dans l'épaisseur de chaque joue deux nouvelles incisions qui, partant de l'angle de réunion des lèvres, se dirigent en arrière suivant l'arcade supérieure, et se terminent au devant des masséters. Ces incisions doivent décrire une légère courbure, dont la convexité regarde en haut; on ménage ainsi un peu plus de saillie à la nouvelle lèvre; pour éviter plus sûrement le canal de Sténon, on doit se tenir toujours à peu près au niveau de la commissure; on détache de la face externe du maxillaire inférieur les deux lambeaux triangulaires, qui sont immédiatement rapprochés et réunis sur la ligne médiane, en procédant de bas en haut; enfin, on réunit la muqueuse à la peau, à la faveur de quelques points entrecoupés; on fixe les nouvelles commissures par deux points de suture.

B. *Restauration des commissures.* — Le problème se réduit toujours à trouver le moyen de rétablir les formes normales, soit en formant de nouvelles commissures, soit en utilisant les restes de celles qui existaient primitivement. A cet égard, il est difficile de poser des règles précises, le mode opératoire devant varier suivant la disposition du cancer, son étendue, etc. Mais on doit toujours chercher à embrasser l'ulcère entre plusieurs incisions qui se touchent par une de leurs extrémités, et qu'on puisse affronter deux à deux après l'extirpation du mal. C'est dans la combinaison de ces incisions que gît toute l'habileté du chirurgien; on trouvera dans l'ouvrage de M. Serre deux observations des plus remarquables, qui feront comprendre à quels beaux résultats on peut arriver.

C. *Restauration de la lèvre supérieure.* — Le procédé est le même que pour la restauration de la lèvre inférieure. On refait la lèvre aux dépens de la joue qui avoisine l'ulcère cancéreux ; on enlève avec le bistouri toutes les parties malades ; on découpe dans l'épaisseur de la joue un lambeau cutané au moyen de deux incisions horizontales et parallèles, dont l'une part de la commissure ; on le ramène, à l'aide d'une légère traction, sur l'espace qu'il doit recouvrir, et on le fixe, à l'aide de plusieurs points de suture, dans ses nouveaux rapports. Il faut toujours avoir soin de fournir à la nouvelle lèvre un revêtement interne aux dépens de la membrane muqueuse. MM. Lisfranc, A. Bérard, Thomas, avaient déjà employé cette méthode avec un plein succès. Dans un cas, M. Serre a pu conserver le bord libre de la portion de lèvre affectée de cancer, et le reporter à la lisière du lambeau.

Si, dans ces diverses opérations, les portions désignées ne pouvaient s'allonger suffisamment, M. Serre veut que l'on ait recours à des incisions verticales sur la muqueuse buccale. Franco avait déjà donné les mêmes conseils (chap. 122). M. Dieffenbach favorise le rapprochement par des incisions verticales à la peau, vers les commissures. On comprend tous les inconvénients de ce dernier mode.

APPRÉCIATION. — Les procédés que je viens de décrire l'emportent sans contredit sur tous les procédés de cheiloplastie connus jusqu'à ce jour. Les lambeaux sont formés à la fois par la peau, par les muscles et le tissu cellulaire graisseux que l'on trouve dans ces régions, ce qui permet de ménager les artères et les nerfs qui rampent dans leur épaisseur ; aussi la nouvelle lèvre jouit-elle, jusqu'à un certain point, de la mobilité propre à cette partie de la face, et les formes sont on ne peut mieux reproduites par l'union de la muqueuse à la peau. Enfin, il ne reste comme traces sensibles de l'opération que des cicatrices linéaires.

C'est donc à la méthode française que je donnerai, dans l'immense

majorité des cas, une préférence absolue : les méthodes indienne et italienne doivent être réservées pour des cas exceptionnels.

Règles générales relatives à la cheiloplastie.

I. *Précautions à prendre avant l'opération.* — Le chirurgien devra prendre en considération l'état général du malade, lui redonner quelque vigueur, si ses forces ont été par trop affaiblies, ou par des travaux pénibles, ou par suite d'une nourriture insuffisante; le soumettre à un traitement spécial, s'il y a lieu de craindre un vice général des humeurs; si, au contraire, la constitution est puissante, le système sanguin prédominant, on devra préparer le malade à l'opération par quelques saignées générales, par des bains tièdes et un régime approprié.

Si la lèvre affectée est le siége d'une trop vive irritation, on devra choisir, pour la combattre, parmi les modificateurs dont il a été question plus haut; on réduira souvent ainsi l'étendue apparente du mal, et les chances de succès en seront plus grandes.

Les frictions sèches et les topiques stimulants, nécessaires dans les méthodes indienne et italienne, doivent être proscrits de la méthode française. Il faut faire raser le malade, au moins cinq ou six heures avant l'opération, de crainte que l'action du rasoir ou le contact du savon ne disposent à l'inflammation les téguments de la face (Serre).

II. *Des précautions inhérentes à l'opération.* — On doit enlever le tartre qui recouvre les dents saines, extraire les dents déviées, ou les portions de dents qui pourraient, par leur saillie, contrarier le rapprochement et la réunion des lambeaux; il est même quelquefois nécessaire de réséquer une partie de la mâchoire avec des cisailles ou des ciseaux droits (Dupuytren, Roux, Serre), ou bien de la fracturer en partie et de la refouler en arrière (Gensoul) avec une large pince.

Des lignes tirées à l'encre doivent indiquer à l'opérateur la direction à donner aux incisions : on ne doit réunir les lambeaux que huit, dix, douze, quinze minutes après leur isolement, lorsque à l'écoule-

ment sanguin succède un léger suintement séreux (Serre); on devra, pour arrêter le sang, recourir à la torsion plutôt qu'à la ligature.

La suture entortillée est la seule qui puisse convenir, mais il faut que le fil ne soit pas trop serré, il faut que les aiguilles ne soient pas trop rapprochées, si l'on veut éviter les déchirures et les eschares gangréneuses. Un trop grand nombre de points de suture produit une gène de la circulation toujours défavorable ; la réunion de la muqueuse à la peau se pratique à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée; les bandelettes agglutinatives favorisent l'apparition de l'érysipèle chez certains individus; il faut les proscrire, ainsi que les bandages dits *unissants*, qui ne font qu'exercer une compression désavantageuse (Serre).

III. *Soins consécutifs.* — La diète, le silence le plus profond et le repos le plus absolu, sont indispensables après toute opération de cheiloplastie ; le moindre mouvement pourrait donner lieu à des contractions musculaires capables de faire céder les points de suture, et de disjoindre les parties affrontées. Aussi la cheiloplastie ne doit-elle jamais être tentée chez les sujets qui ont un catarrhe ou qui sont asthmatiques. M. Serre interdit même à ses malades l'usage du tabac. On nourrit le malade les jours suivants avec des bouillons et des soupes légères, que l'on fait prendre avec une écuelle à bec, jusqu'à ce que l'on n'ait plus à craindre la déchirure. — Il va sans dire qu'on parera aux accidents généraux ou locaux qui pourront survenir par un traitement approprié: seulement on devra proscrire les vomitifs du traitement de l'érysipèle.

La tête devra être tenue élevée ; sa position verticale ou même légèrement inclinée met les muscles du cou et de la face dans un grand état de relâchement ; elle ralentit le mouvement du sang vers les parties supérieures (Serre).

M. Velpeau pense que l'angioleucite, la phlébite, les infiltrations purulentes, sont plus communes à la suite des opérations par la méthode de déplacement (*Méd. opér.*, 2e édit., t. I, p. 630). M Serre est loin de partager cette opinion, il en professe même une tout opposée,

et sur le très-grand nombre d'autoplasties faciales qu'il a pratiquées depuis sept ans, il dit n'avoir perdu qu'un seul malade. Je conclurai donc, avec le professeur de Montpellier, que *la méthode française a le triple avantage de rendre les opérations plus simples, plus régulières et moins dangereuses.*

II.

Des résistances qu'ont à vaincre les organes qui président à la circulation du sang.

Les résistances sont les mêmes dans toute l'étendue du système vasculaire ; ce sont : 1° la masse du sang à mouvoir ; 2° l'étendue des surfaces vasculaires qu'elle frotte ; 3° les parois vasculaires résistant à la dilatation.

Dans le système veineux, la longueur des veines, leur nombre, leurs flexuosités, augmentent la masse du sang et les surfaces frottantes : leur étroitesse, les éperons et les valvules, agrandissent d'autant leur surface interne.

La pesanteur résiste dans toutes les artères plus ou moins directement ascendantes ; elle favorise, au contraire, le mouvement dans les artères opposées : les frottements sont à peu près les mêmes que ceux des veines, et ils résistent par un mécanisme analogue (Gerdy).

III.

De la boulimie.

La boulimie est une exagération de l'appétit normal, provoqué par une maladie de l'estomac ou par la perversion des fonctions de ce viscère : on en trouve quelquefois les causes anatomiques dans une conformation particulière du canal intestinal (Ollivier, Percy, Béclard). On l'a observée dans quelques cas de chlorose, d'hystérie, de gastralgie, dans le cours de certaines fièvres intermittentes, chez des personnes affectées du tænia; elle est un des symptômes du diabète, etc. On conçoit combien doivent varier, dans ces diverses circonstances, les indications thérapeutiques.

IV.

Des amers fournis par la famille des synanthérées ; traiter de leur emploi pharmaceutique.

La plupart des plantes de la famille des synanthérées contiennent un principe amer, extractif ou lactescent.

Le principe extractif amer domine dans les *carduacées :* le chardon bénit, la chausse-trape et le bleuet, du genre *centaurea*, sont presque les seules plantes de cette tribu employées en médecine : on donne en infusion les sommités fleuries du chardon bénit; la chausse-trape s'administre en poudre ou en infusion (fleurs, tiges et racines); on fait des collyres avec l'infusion de fleurs de bleuet.

Les *corymbifères* sont plus actives, mais le principe amer y est associé à une huile volatile, et les plantes de cette tribu sont surtout employées comme stimulantes. La camomille romaine, l'absinthe, l'armoise, l'arnica, sont les plus usitées. Les extraits de camomille et d'absinthe sont les seules préparations de ces plantes franchement amères, parce qu'ils ne contiennent pas d'huile volatile. L'armoise se rapproche de l'absinthe par ses propriétés ; l'arnica est un excitant assez énergique, qu'on prescrit le plus souvent en infusion ; enfin, le sirop d'aunée est quelquefois employé dans les maladies de la peau chez les enfants.

La plupart des *chicoracées* contiennent un suc laiteux, amer, et un peu narcotique. Le pissenlit, la chicorée sauvage, sont seuls franchement amers : le suc, les feuilles, la racine de ces plantes, sont employés en pharmacie ; le suc s'obtient par contusion des feuilles fraîches ; l'extrait se prépare par lixiviation, en employant les feuilles sèches ; on fait des infusions avec les racines et avec les feuilles. La laitue vineuse fournit un extrait qui, à dose un peu forte, jouit à peu près des mêmes propriétés que l'opium (Richard).

PROPOSITIONS.

I.

On a trop de tendance, aujourd'hui, à employer des médications exclusives dans des classes données de maladies : tel qui guérit plus de pneumonies avec les saignées que son confrère avec les contro-stimulants, en guérirait plus encore si, guidé par l'examen attentif de chaque malade, il agissait d'après les indications, et non d'après des idées *a priori*.

II.

Les pustules muqueuses coïncident fort souvent chez l'homme avec des ulcérations syphilitiques superficielles du palais ; chez la femme, au contraire, avec des ulcérations plus ou moins graves du col de l'utérus.

III.

L'isolement des surfaces, au moyen d'un corps étranger, de la charpie, par exemple, est un excellent mode de traitement des supersécrétions sub-inflammatoires des muqueuses.

IV.

Les ulcérations idiopathiques du col de l'utérus sont avantageusement modifiées par l'application, sur le col lui-même, de tampons de charpie enduite de préparations médicamenteuses.

V.

Les chancres du col sont excessivement rares : on en a constaté seulement deux exemples irrécusables à Saint-Lazare, dans le courant d'une année.

~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~
~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~

